

## Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Ernährungsberatung nach § 20, § 43 SGB V

Krankenkasse:

Name geb. am wh. in

Die Durchführung einer Ernährungsberatung ist indiziert. Um entsprechende Kostenübernahme wird im Namen des Patienten gebeten.

- ☐ Medikamentenplan
- ☐ Laborbefunde
- ☐ Medizinische Berichte

Zutreffende Indikationen bitte ankreuzen:

- ☐ Übergewicht/Adipositas
  - ☐ Untergewicht
  - ☐ Diabetes mellitus
  - ☐ Insulin:
  - ☐ Ja
  - ☐ nein
  - ☐ Bluthochdruck
  - ☐ Hypercholesterinämie
  - ☐ Hypertriglyceridämie
  - ☐ Hyperuricämie
  - ☐ Osteoporose
  - ☐ Lebensmittelunverträglichkeiten
  - ☐ Allergien
  - ☐ Erkrankung des Magen-Darm-Traktes
  - ☐ Krebserkrankungen
  - ☐ Essstörungen
  - ☐ Schilddrüsenauffälligkeiten
  - ☐ Sonstige Erkrankungen
- Größe      Gewicht      BMI
- Typ 1      Typ 2
- RR      /      mmHg
- Gesamt-Chol.:      HDL:      LDL:
- Triglyceride:
- Harnsäure:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes